

Psihoterapevtski pristop pri lažji in težji psihopatologiji¹

(Hektor Jogan)

Vemo, da se je klasična psihoanaliza, tudi kot terapevtski pristop, razvila po zaslugi Freuda z opazovanjem, poglobljanjem in interpretiranjem psihičnih težav pri osebah z nevrotično problematiko. Šele poznejše psihoanalitične šole in teorije (od M. Klein dalje-1948) so se posvetile preučevanju težjih patologij. Nevroze naj bi predstavljale razvojne nerešene probleme, ki se pojavljajo v otroštvu okrog ojdipove faze zorenja, težje patologije pa naj bi predstavljale zaplete pri bolj zgodnjih fazah otrokovega psihičnega razvoja.

Kadar sledimo v psihoterapiji istočasno pacientom z nevrotično problematiko in pacientom s težjo osebnostno psihopatologijo, kot so n.pr. osebe z mejno osebnostno strukturo, opazimo takoj neko bistveno razliko med temi pacienti in sicer da so nevrotiki bolj strukturirani od ostalih. Kaj to pomeni, ko uporabljamo izraz struktura? Pomeni, da je njihov jaz bolj stabilen in zrel, da bolje upravlja in urejuje impulze in gone, da ima boljši kontakt z realnostjo, da uporablja zrelejše obrambne mehanizme in da ima večjo samostojnost od ostalih, manj strukturiranih oseb. V nasprotju pa nam slabo strukturirane osebe pokažejo popolnoma drugačno sliko in sicer, da je njihov jaz nestabilen, šibek in ranljiv, da njihovo razpoloženje izrazito niha, da slabo obvladujejo impulze in gone, da uporabljajo bolj primitivne obrambne mehanizme, da imajo nestabilen stik z realnostjo in da imajo tudi manjšo samostojnost.

Ko se soočamo s tako različno strukturiranimi pacienti, nam je jasno, da bomo morali uporabljati različne terapevtske pristope pri delu s tako različnimi patologijami.

Winnicott (1958) nas na to opozarja že v poglavju, kjer opisuje različne oblike transferja, od bolj regresivnih do bolj zrelih oblik. Winnicott kritično obravnava kriterije, ki jih analitiki uporabljajo za sprejem pacientov v analizo. Takole se izraža: » analitiki izbirajo paciente, ki naj bi bili primerni za psihoanalitično obravnavo, na podlagi njihove življenske zgodbe, ko izvedo, da so bili v prvih šestih mesecih življenja deležni dovolj dobre oskrbe (fizične in psihične). Iz tega psihoanalitiki sklepajo, da se je lahko njihov jaz razvil dovolj normalno.« Tako dograjeni jaz naj bi bil dovolj trden, da bi lahko uspešno delal v tradicionalni psihoanalitični terapiji. Winnicott se ne strinja s tako površnimi kriteriji selekcije pacientov za klasično psihoanalizo. Po bolj poglobljenih študijah in za W. bolj aktualnih spoznanjih vemo, da so prvotne faze otrokovega psihološkega razvoja zelo kompleksne in da je interakcija med otrokom in njegovimi negovalci (mama in druge osebe) polna problematičnih komponent in težkih prehodnih faz, ki niso tako lahko razrešljive. Tu

¹ predavanje leta 2012 v Ljubljani za Zvezo Psihoterapevtov Slovenije

W. misli na razvoj lastnega selfa od bolj simbiotičnih začetnih nivojev do bolj zrelih, separiranih in individuiranih pozicij. Če nekoliko po svoje interpretiram W., se mi zdi, da težko verjame v dejstvo, da so prvotne razvojne faze pri nekaterih osebah, ki izgledajo dobro strukturirane, in torej delujejo na nevrotičnem nivoju, potekale popolnoma neproblematično. Klasična psihoanaliza naj bi bila v teoriji namenjena zelo dobro strukturiranim osebam, ki lahko delajo na uvidu s pomočjo interpretacij psihoanalitika, a popolnoma strukturiranih oseb ni (kot razmišlja W.) . Zato moramo biti vedno pripravljeni na dejstvo, da so v vsaki osebi tudi bolj regresivni elementi ali precej nezrele komponente, ki niso bile še razrešene, in ki zahtevajo drugačen pristop od klasičnega. W. nas opozarja, da imamo pogosto kot »zrelo« komponento osebnosti lažni self, ki skriva in ščiti pravi self. Lažni self je le navidezno zrel in dobro strukturiran, ker nima neke bolj močne in stabilne podlage. Nasplošno se mi zdi, da je upoštevanje pojmov lažni self in pravi self, ki nam ju Winnicott ponuja, zelo pomembno in koristno za dobro terapevtsko obravnavo pacientov.

Kar se tiče terapevtskega pristopa do različnih pacientov pa Winnicott meni , da se lahko z dobro strukturiranimi pacienti dela pretežno z interpretacijami in da je za njih psihoanalitična situacija manj pomembna. Za slabo strukturirane paciente pa velja obratno in sicer da so interpretacije manj pomembne ali neuporabljive, je pa dosti bolj pomembna psihoanalitična situacija sama. Pod psihoanalitično situacijo Winnicott pojmuje pristop in obnašanje analitika do posameznega pacienta, odzivnost analitika na njegove potrebe, njegovo empatičnost in prilagajanje pacientu do neke mere.

Že tu nam Winnicott postavi neke okvirne smernice glede terapevtskega pristopa do lažjih ali težjih patologij. Z lažjimi pacienti lahko delamo na nezavednih vsebinah s pomočjo interpretacij, pri pacientih s težjo patologijo pa delamo bolj na odnosu.

Če danes razmišljamo, kako naj bi delali z bolj strukturiranimi pacienti, lahko obdržimo v glavnem klasični seting, ki smo ga podedovali od Freuda (1912) čeprav moramo ta seting precej posodobiti. V klasičnem modelu naj bi počakali, da se razvije transferna nevroza s terapevtom, kjer bo pacient vse svoje probleme in konflikte transferno osredotočil na terapevta. Tako bo lahko terapevt direktno v terapevtskem odnosu delal na teh nezavednih vsebinah in jih skušal razrešiti, da bi pacient lahko dosegel bolj ustrezne in bolj zrele pozicije. Pri tem bi naj bile terapevtsko najbolj učinkovite transferne spremembne interpretacije (po Stracheyu), ki vključujejo transferno dinamiko, genetsko dinamiko in dinamiko povezano z zunanjim objektom. Te uspejo v pacientu premakniti tudi bolj zapleteno dinamiko, mu nudijo uvid, tako da lahko spremeni svoje obrambne mehanizme in se bolj uveljavi kot samostojna oseba. V tem setingu je terapevt nevtralen, nekoliko oddaljen (pacient leži na kavču in terapevt sedi za njim), v abstinenčni drži, in je zaželjeno, da čimmanj direktno posega v doživljanje pacienta. Osebno mislim, da ja tak seting relativno primeren za paciente, ki so dovolj avtonomni, ki sami potrebujejo neko distanco do terapevta in ki so sposobni na tak način sodelovati s terapevtom. V takem klasičnem setingu ima terapevt pretežno transferno vlogo, ki izhaja iz preteklih doživljanj pacienta, in šele pozneje se razvije odnos do terapevta kot do novega objekta. Negativna plat takega setinga je, da pacienti pogosto doživljajo terapevta kot čustveno oddaljenega, hladnega, rigidnega in premalo osebno angažiranega v obravnavi čustvene problematike pacienta.

Kako pa naj posodobimo ta klasični psihoanalitični pristop? Pri tem nam pomagajo Winnicott in vse poznejše psihoanalitične šole, ki zelo poudarjajo pojem selfa in njegovega razvoja. Ta pojem je pomemben za vse tipe patologije in sicer za lažje kot so nevroze ali pa za težje kot so osebnostne motnje in psihoze. Pri vseh patologijah poudarjamo osebnostni razvoj, ki izhaja iz neke zelo intimne, individualne značilnosti. Po tem konceptu ima vsak izmed nas neki čisto osebni potencial in čisto osebno jedro, ki naj bi ga razvijal v teku svojega življenja, kateremu v psihoanalizi pravimo self. Tega pojma sploh ne najdemo v Freudovem opusu. Pojem jaza pri Freudu je dosti bolj objektivizirana funkcija, ki jo lahko gledamo od zunaj, ki jo opredelimo kot neko sposobnost, neko racionalno delovanje, ki pa nima neke subjektivne oznake. Self je nekaj drugačnega, čisto subjektivnega, kar izhaja iz lastne izkušnje, lastnega doživljanja svoje osebe, lastnega čutenja do svoje identitete. Ta pojem je dosti širši od Jaza in izrazito povezan s subjektivnim doživljanjem. Čeprav je self nevrotika bolj strukturiran od selfa psihotika, ima tudi nevrotik svoj nerealiziran potencial, ki ga ni uspel še izraziti, še posebno, če je moral pod pritiskom okoliščin razviti »lažni self«, da je lahko bolje preživel v svojem okolju. To pomeni, da se je moral mnogo bolj prilagajati drugim, kot da bi upošteval sebe.

V bolj sodobnih teoretičnih in kliničnih pristopih v analizi je ob pojmu selfa zelo pomemben pojem objektnih odnosov. Samo na kratko lahko poudarim tukaj dejstvo, ki ga zagovarjajo vsi psihoanalitiki od Winnicotta dalje, da se lahko self osebe razvija samo s pomočjo primernih objektnih odnosov. Self osebe ima v sebi neki naravni potencial za uveljavitev in razvoj, a pri tem nujno potrebuje dobre objektne odnose, da se lahko ta proces uresniči.

Ti koncepti niso bili prisotni v Freudovi teoriji in je posledično terapevtski pristop bil temu primeren. Pod vplivom novejših vidikov na razvoj psihe in na probleme, ki se porajajo na poti zorenja, vemo da so objekti veliko bolj odgovorni, in da so bolj soudeleženi pri psihološkem razvoju otroka. Če izhajamo iz tega stališča, nam je jasno, da bo naš terapevtski pristop danes drugačen od tistega v preteklosti, od klasičnega. Danes bomo kot terapevti osebno in čustveno bolj angažirani, bolj osebno prisotni, bolj odzivni in interaktivni. Manj bo aseptične nevtralnosti in vsesplošne abstinence. S tem nočem zagovarjati neke pozicije, ki bi bila v nasprotju s klasično, n.pr. da bi lahko bolj aktivno posegali z odkritim usmerjanjem pacienta ali kaj podobnega. Hočem samo potrditi, da moramo biti predvsem čustveno bolj prisotni in bolj odzivni.

Ti bolj sodobni pristopi v današnji psihoanalizi se uporabljajo bodisi za delo z osebami z lažjo patologijo kot so nevroze, še toliko bolj so pomembni pri delu s pacienti s težjo patologijo kot so osebnostne motnje in psihoze. Razvoj pacientovega selfa je v veliki meri odvisen od odnosa, ki ga uspemo vpostaviti z njim in od tega, kako bomo ta odnos tekom psihoterapevtskega dela razvijali. Seveda bo lahko pri lažjih patologijah naša prisotnost in angažiranost nekoliko manjša in bolj diskretna, ker ima pacient dovolj samostojnosti in potrebuje več maneverskega prostora.

Pri delu s težjimi patologijami je nujna večja prisotnost terapevta, kar pomeni, da se pacientu bolj približa, je pri tem bolj topel in odziven ali pa bolj spoštljiv do njegovih izrazito nihajočih potreb po bližini ali oddaljenosti. Takšen pacient, kot majhen otročiček, rabi večjo nego, da bo lahko razvil svoj self.

V sodobni psihoanalitični psihoterapiji lahko zaključimo, da je terapevtski pristop pri delu z lažjimi in težjimi patologijami povezan z neko rdečo nitko, predstavlja neko kontinuiteto. V širšem smislu ni zaznati pretiranih razlik, še posebej če se poslužujemo pojmov kot sta self in razvoj selfa preko objektnih odnosov. Ta razvoj kontinuirano poteka celo življenje in pri vseh možnih patologijah.

Pri lažjih patologijah bomo uporabljali bolj pogosto nekatere tehnične posege kot so določene interpretacije, medtem ko bomo morali voditi terapevtski proces pri težjih patologijah na drugačen, bolj specifičen način, ki temelji predvsem na razvoju dobrega odnosa.

Če povdarjamo razlike med terapevtskim vodenjem boljše strukturiranih pacientov in slabše strukturiranih oseb, bi morali povdariti, da pri lažjih patologijah terapevti delujemo kot pretežno transferni objekt. Pacienti preko predelave transferja lahko zgradijo sami nove, bolj pozitivne objekte. Pri težjih patologijah terapevti delujemo istočasno kot transferni, a tudi kot nov objekt, bolj pozitiven in konstruktiven, ki ga moramo bolj jasno in odkrito pacientu pokazati (Balint 1959,1968).

Še nekaj pripomb bi imel v splošnem smislu, ko se soočamo z lažjimi ali težjimi psihopatologijami. Danes se nasplošno v psihoanalizi mnogo bolj upoštevajo travmatične izkušnje oseb, bodisi v otroštvu kot pozneje med življenjskim potekom. Tu se oddaljujemo od Freuda, ko je delno zanikal travmatično izkušnjo pacientov, češ da so bile to pretežno fantazije. Iz klinične prakse vemo, da veliko naših pacientov izhaja iz precej patoloških družin, kjer so se razvijali pod vplivom patoloških in destruktivnih dinamik, in so posledično utrpeli precej hude psihične travme. Te komponente, sedaj ko smo na to pozorni, najdemo v manjši ali večji meri bodisi pri lažjih, kot pri težjih patologijah. Švicarska psihoanalitičarka Quinodoz (2002) opisuje precej dobro strukturirane paciente kot »heterogene«, ker so v njih deli psihe, ki delujejo na precej primitivnem nivoju, skoraj psihotičnem, in ki niso integrirani z ostalimi, bolj zreli deli osebnostne strukture. Nekateri drugi avtorji, ki se pretežno ukvarjajo s travmatiziranimi pacienti, opisujejo odcepljene dele osebnosti tudi pri dokaj dobro strukturiranih osebah. Opisujejo ta fenomen kot posledico obrambnih mehanizmov, ki bi naj varovali odrasle dele psihe od travmatičnih vsebin.

Ko govorimo o razvoju selfa v psihoterapevtskem procesu, moramo biti pozorni na dejstvo, da ta self razvijemo, da ga utrdimo in da ga dovolj trdno opremimo za nadaljno uveljavitev v medosebnih odnosih in v življenju nasplošno. Ko delamo na utrditvi selfa, moramo istočasno skrbeti, da postavljamo dovolj trdne meje med selfom in ostalimi objekti. Razvoj selfa, separacija in individuacija potekajo istočasno s postavljanjem meja med selfom in objekti, ker so te meje pri osebah s slabšo osebnostno strukturo nenehno v nevarnosti, da se zrušijo. Pri bolj egocentrično naravnanih narcistično strukturiranih osebah se te meje lahko rušijo tudi tako, ker te neprestano udirajo v teritorij drugega in ne spoštujejo njegovega psihičnega prostora. Pri bolj depresivnih osebah, kjer ni še dosežen neki zdravi nivo narcizma, pa lahko drugi vdirajo v njihov psihični prostor in nespoštljivo izkoriščajo njihove sposobnosti in prilagodljivost.

Ta dinamika razvoja selfa, postavljanje meja med selfom in objekti, se nam zelo lepo pokaže v psihoterapevtski dinamiki, v interakciji transfer-kontratransfer in v terapevtskem delu na teh vsebinah.

Mislim, da je danes dosti bolj aktualna v psihoanalitični praksi ideja o razvoju selfa in graditvi meja med selfom in objekti, kakor pa ideja o razvoju gonov in njihovih derivatov, zato da bi bolje uresničili lastno identiteto.

Morda bi bilo primerno, da bi te okvirne uvodne misli o terapevtskem pristopu do različnih patologij popestrili s kakšno klinično vinjeto preden bi potem nadaljevali s kakim specifičnim pristopom, ki ga uporabljamo s temi pacienti.

Kot prvi klinični primer bi predstavil okrog 50 let staro pacientko, ki je pri meni v psihoterapiji približno 3 leta. Precej časa je hodila dvakrat tedensko, potem sva zreducirala seanse na enkrat tedensko, ko se je klinična slika postopoma izboljšala. V terapijo je prišla, ker je doživljala precej depresivno obdobje, potem ko je zveza s partnerjem propadla. Bila je precej zmedena, ni ji bilo prav jasno, kaj se v njej dogaja, in kakšen pomen naj bi dala svojim čustvenim izkušnjam in prekinitvi partnerstva. Ta veza se je prekinila po iniciativi partnerja. V terapevtskem procesu sem bolje spoznal pacientko in celotno njeno zgodbo. Najprej sva se dolgo časa posvetila prekinitvi partnerstva, ki je bila najbolj aktualna in boleča tematika. Skušal sem razumeti lik partnerja in interakcijo, ki je vladala med njima. Kmalu mi je postalo jasno, da je bil partner zelo patološka oseba in da je zlorabljal pacientko na čisto narcističen način kot self objekt. Pacientka se je njemu skoraj mazohistično prilagajala, čeprav je čutila, da morda s tem odnosom ni kaj v redu. Partner je bil alkoholik, egocentričen, siten, jezav in zelo zahteven. Samo njegove potrebe so bile pomembne, za mojo pacientko ni bilo prostora v njuni interakciji. Sploh se ni zmenil za njene morebitne želje ali potrebe. S svojim obnašanjem in zahtevami je neprestano vzbujal v pacientki občutke krivde, ona mu ni bila nikoli dovolj dobra, čeprav se je pretirano trudila, da bi mu ustregla. Njegova pričakovanja so se razrasla do takšne stopnje, da je prekinil odnos, ker mu ni bila dovolj podložna. V tej situaciji je bila pacientka popolnoma dezorientirana: na eni strani se je identificirala s to negativno podobo, ki ji jo je partner vsiljeval, in je mislila, da je zares ničvredna, po drugi strani pa je imela še nekaj zdravih občutkov, da morda vseeno ni tako in da je tudi s partnerjem kaj narobe. Tu lahko vidimo, kako je ta šibka pozicija pacientke, ki deluje sicer na nevrotičnem nivoju, izraz njenega krhkega selfa, ki se še ni uspel dovolj razviti, utrditi in se braniti pred vdiranjem agresivnega objekta.

Iz njene družinske anamneze sem potem spoznal, kako je prišlo do tega, da pacientka ni uspela zgraditi boljše samopodobe, bolj strukturiran self, da je lahko posledično zapadla v tak patološki partnerski odnos. Pacientka se je rodila v premožni meščanski družini, kjer so vladala zelo rigidna pravila obnašanja in formalne vrednote, tako da je moral biti zunanji videz te družine neoporečen. Dominantna oseba v družini je bil oče, zelo strog in avtoritaren. Bil je trikrat poročen, iz raznih zakonov je imel precejšnje število otrok. Moja pacientka je bila edina hčerka zadnje očetove žene, ki je umrla nekaj mesecev po porodu zaradi rakastega obolenja. Bila je oropana zelo zgodaj stika z mamo. Kot nadomestna mama se je s pacientko od zgodnjega otroštva ukvarjala starejša varuška, ki je za pacientko ostala za celo življenje kot najbolj pomemben dobri objekt. Oče

je umrl, ko je pacientka bila stara 18 let, in od takrat je bila prepuščena raznim sorodnikom (tete, polbrat, svakinja), ki so živeli v veliki skupni hiši. Od teh sorodnikov je bila pozneje zlorabljena, tako da so jo krepko ogoljufali pri dediščini. Kot edina topla in čustveno prisotna oseba je ob pacientki stala varuška, ki je z možem ostala kot služkinja v hiši skoraj do smrti. V družini je pacientka dobila zelo formalno in brezosebno vzgojo. Ni bilo globljih vezi, ni bilo nekih pomembnih vsebin. Oče se ni ukvarjal s hčerko, zaseden je bil s posli, s socialnimi obveznostmi in z ženskami. Najbolj pomembno je bilo, kako se je morala obnašati pri mizi, kako se obnašati, ko so bili prisotni gostje, in kako misliti pozneje na kako ugodno poroko z bogatim partnerjem. Za njene osebne potrebe in doživljanja ni bilo prostora in nobeden ni temu prisluhnil. Vsi so bili vklenjeni v neke formalne socialne vzorce obnašanja. Tako je tudi moja pacientka prevzela neki lažni zunanji self, ki je popolnoma zakrival njen pravi self in s katerim pacientka ni imela nekega bolj osveščenega stika. Za srečo pa je pacientka rešila nekaj svojega, ko je dokončala študij za socialno delavko in se na tem področju zaposlila. Med terapijo sva skušala razkriti njen pravi self in razrušiti njen lažni self, ki je zahteval pretirano prilagajanje drugim, zunanjim pravilom in zunanjim okoliščinam. To prilagajanje je potem ponovila tudi v svojem partnerskem odnosu. Njen pravi self se je pokazal v tem, da je imela svoje skrite potrebe in želje, svoje okuse in poglede na razne situacije in probleme, in da se je lahko diferencirala od zunanjih pritiskov in pričakovanj. Postopoma se je lahko tudi uprla kakim neprijetnim zunanjim pričakovanjem in začela je postavljati meje drugim osebam, ko so bile nespoštljive do nje. Tega ni uspela uresničiti v odnosu s partnerjem, ker je bila v tem odnosu še pretirano ustrežljiva in podrejena. Svoj bolj asertiven in aktiven self je uspela uveljaviti zadnje čase, ko si je kupila novo hišo, ki se je kmalu izkazala kot velik polom. Hiša je bila sicer pred kratkim obnovljena, vendar na tako neustrezen način, da ji je prvi močnejši naliv preplaval stanovanje z vodo, ker je puščala streha. Električna napeljava ji je odpovedala, ter se je pozneje izkazalo, da je tudi kurjava popolnoma nefunkcionalna, ker je bila napačno načrtovana. Vse te nevšečnosti so postale pravi trening, da je lahko uveljavljala svoje pravice in se borila za lastne interese. Ta hiša je v simboličnem smislu predstavljala njen slabo strukturiran self, ki pa se je spotoma krepil in vedno bolj uveljavljal. Sprožila je sodni postopek proti gradbenemu podjetju, ki je hišo obnovilo in prodalo. Pacientka je pri zbiranju materiala za izvedence in odvetnika zelo natančna in aktivna, in ima dobre zglede, da ji bo škoda, ki jo je utrpela, poplačana. V tem terapevtskem procesu sem neprestano deloval kot starševska dobrohotna figura, ki jo empatično spodbuja v razvoju svojega selfa in jo krepi na tej poti.

Do sedaj se terapevtski odnos razvija v sklopu pozitivnega transferja, kot da bi najin odnos predstavljal nadaljevanje in dopolnitev odnosa z varuško. Ni še nobenega znaka, da bi se pojavili elementi negativnega, problematičnega transferja.

Drugi klinični primer: pacientka je stara okrog 40 let, je učiteljica angleščine na osnovni šoli. Prišla je po psihoterapevtsko pomoč, potem ko je že deset let v psihiatrični oskrbi in v terapiji s psihofarmaki zaradi občasnih psihotičnih dekompenzacij. Pacientkina pričakovanja do psihoterapije so bila zelo generična, ni imela nekih specifičnih psiholoških konfliktov, želela si je samo nekaj več vedeti o sebi. Moram priznati, da tudi jaz nisem imel do te pacientke kakšne bolj

izdelane orientacije, sem se prosto podal z njo na to pot z upanjem, da bova lahko kaj več o njej razumela in da ji bo lahko to spoznanje koristilo.

Pacientka izhaja iz dokaj urejene in preproste družine. Oče je umrl pred 12 leti, kar je predstavljalo zanjo zelo bolečo izgubo. Bil je zelo pozitivna, topla in čustveno prisotna oseba z dobro psihološko uravnovešenostjo. Pacientka je z očetom imela zelo dober odnos. Mama je bolj težavna, nestrpna, agresivna in egocentrično trmasta oseba. Pacientka se z mamo ni nikoli kaj dobro ujela. Adolescentno obdobje je pacientka preživela na dokaj buren način. Zaradi študija se je preselila v mesto oddaljeno od doma, in tam zaživela bolj trasgresivno bohemsko življenje. Pogosta so bila ponočevanja, popivanja in eksperimentiranja z različnimi drogami. Po očetovi smrti je to življenje postalo še bolj neurejeno, kot da bi z očetom izgubila neko močno referenčno točko. Med univerzitetnim študijem in po njem je imela nekaj čustveno razburkanih vezi, ki niso dolgo trajale. V tej neurejeni fazi svojega življenja je pacientka začela kazati znake psihotične dekompenzacije. Blodnjavo je doživljala normalne življenske situacije kot ogrožujoče, ko je v ljudeh, ki so jo obkrožali, videla potencialne ali odkrite sovražnike, n.pr. pripadnike tajne policije, ki so ji sledili in jo kontrolirali, ker je bila osumljena trgovanja z mamili. V teh blodnjavih vsebinah so se vedno skrivali neki občutki krivde, ki jih je potem pacientka projicirala v svoje namišljene sovražnike, ki so predstavljali njen preganjalni Nadjaz. V terapevtskem procesu sva uspela povezati te občutke krivde z njenim neurejenim življenjem v prejšnjem obdobju in z kajenjem trave ter uživanjem drugih drog. Skušal sem omiliti te občutke krivde ter s tem omehčati njen preganjalni Nadjaz, ki se je pojavljal v njenih blodnjah. Pri tem sva delala na vsebinah iz njene preteklosti. Njena aktualna blodnjava preganjalna doživljanja so se osredotočila na kolege in kolegice na šoli, kjer je pacientka poučevala. Situacije, ki mi jih je pacientka opisovala, so se kar ponavljale in so slonile na nekih ustaljenih vzorcih. Razumel sem, da je bilo med nekaterimi kolegicami dosti tekmovalnosti, na kar je bila moja pacientka zelo občutljiva. Kolegice, ki so se hotele bolj narcistično uveljaviti, so skušale na razne načine razvrednotiti druge. Med žrtvami tega razvrednotenja se je znašla tudi moja pacientka. Dojel sem, da je preganjalno doživljanje moje pacientke izhajalo iz nekih realnih kompetitivnih dinamik v delavnem ambientu, vendar zaradi njene krhkosti in ranljivosti je to doživljanje prizadetosti dobila blodnjave oblike.

Pri tem sem skušal pacientki pomagati tako, da sem se bolj približal njenemu krhkemu selfu, v katerega so vdiral vsi mogoči preganjalni objekti, ker sama ni uspela zgraditi dovolj trdnih meja, da bi svoj self zaščitila in preganjalce postavila na večjo distanco. Ko pride do takih psihotičnih paranoidnih doživljanj, empatično začutimo s pacienti, kako vse vdira v njihovo osebnost. Njihov self je preplavljen z raznimi objekti, vse zaznave postanejo preganjalne. Psihotična oseba izgubi vse filtre, ki bi jo ščitile pred to intruzivnostjo objektov. S to pacientko sem skušal zgraditi nekaj takih filtrov, da bi bila bolj obvarovana pred vdiranjem teh objektov. Skušal sem med drugim razumeti v kakšnih okoliščinah se lažje sprožijo preganjalne blodnje. Prišla sva do zaključka, da ugoden teren za pojav teh so vedno bile stresne situacije in velika psiho fizična utrujenost. To se je dogajalo predvsem v določenih napornih obdobjih med šolskim letom. Pacientka ni nikoli kazala znakov psihoze n.pr. med šolskimi počitnicami. S to pacientko sem se moral včasih bolj odkrito angažirati in se bolj direktno pokazati, ker me je v tako vlogo sama pacientka poklicala. Tipična taka situacija je bila ta, da me je v fazi blodnjavosti vprašala, kaj mislim

o njenem doživljanju; ali mislim, da ona patološko izkrivlja realnost in je torej nora ali pa ima ona pravilno doživljanje in je svet okrog nje zloben in do nje agresiven. V tem njenem vprašanju je bilo precej ambivalence. Nihala je med stikom z realnostjo, torej med kritičnostjo do svojega blodnjavega doživljanja in med preplavljenostjo s psihotičnimi vsebinami. V takih primerih je težko ohranjati nevtralno pozicijo, kot to delamo pri nevrotični patologiji, ko skušamo na razne načine analizirati smisel vprašanj, ki nam jih pacient postavlja. V tem primeru mi je pacientka postavljala eksplicitno vprašanje in sicer na kateri strani sem; na strani njenega psihotičnega doživljanja ali na strani realnosti. Skušal sem obdržati neko kompromisno pozicijo, da bi bil v stiku z realnostjo, a istočasno sprejel in razumel njeno stisko in doživljanje ogroženosti. Moj pristop je bil približno tale: jaz ne doživljam te situacije na ta način kot jo doživljate vi, razumem pa, da ko je človek zelo šibek in nemočen čuti bolj kot drugi agresivnost drugih ljudi, tudi tisto potencialno, in čuti da svet vdira v njega, ker on nima dovolj psihične moči, da bi to intruzivnost nevtraliziral. Njeno paranoidnost sem interpretiral kot izraz njenega krhkega selfa in velike ranljivosti. Ta pristop je pomagal pacientki, da je lažje sprejela svoje paranoidno doživljanje in da je prostovoljno posegla po nevroleptiku, ko je bilo potrebno. Prej se je psihofarmakov precej trmasto otepala. Po štirih letih terapevtskega dela so se psihotične krize ublažile in postale bolj redke.

Pri obeh pacientkah sem izhajal iz teoretične opredelitve, da je njun self potlačen, ogrožan, nerealiziran: pri prvi v lažji obliki, na nevrotičnem nivoju, pri drugi pa v bolj patološki obliki, na psihotičnem nivoju. Prva pacientka ni imela izkušenj s primernim objektom (varuška ji je nudila čustveno oporo, ni pa zmogla globljo psihološko). Tako ni uspela ustrezno razviti svoj pravi self, ker ji je bil zelo zgodaj usiljen lažni self, kateremu se je ona kot zelo prilagodljiva deklica podredila. Druga pacientka je bila bolj dinamična, uporniška in protislovna, kar je bilo razvidno iz tega, da je med adolescenco živela precej transgresivno in nekonvencionalno. Istočasno je imela v sebi neke šibke dele, ki so izhajali po mojem mnenju iz slabega odnosa s problematično mamo. Te ni uspela povezovati in integrirati z ostalimi deli osebnosti, tako da so posledično občasno zašli v psihotično dekompenzacijo. Njene blodnjave vsebine sem si razlagal kot ekstremno dramatizacijo konflikta med njeno transgresivnostjo in občutkom krivde do tega, tako da je bila ta krivda preganjana preko zelo strogega Nadjaza, ki je bil projiciran v zunanje objekte.

V obeh primerih sem deloval kot pozitivni, empatični objekt, ki je podpiral razvoj njunega selfa in skušal ščititi krhke in ranljive komponente tega selfa. V tem smislu se je terapija v veliki meri naslanjala na korektivno izkušnjo z novim objektom. Tudi nevrotična pacientka je »izkoristila« terapijo kot konstruktivno korektivno izkušnjo, in torej ni bilo pomembno samo delo na uvidu in interpretacijah, kot naj bi bilo pretežno prisotno pri nevrotičnih pacientih. Pri drugi pacientki, s psihotično komponento, pa je bila korektivna emocionalna izkušnja (Alexander 1948) nadvse pomembna in v ospredju.

Ko gledam na paciente iz tega zornega kota, in sicer kako naj bi jim pomagali čimbolj razviti njihov lastni self, se spomnim vedno Bollasa (1989). Z njim se zelo strinjam, ko trdi, da lahko mi terapevti in analitiki pomagamo pacientom samo na ta način, da jih spravimo čim bolj v stik z lastnim jedrom. Vsak izmed nas bi naj imel v sebi neko notranjo osebno govorico ali notranjo osebno usodo (»destiny«), ki nas vodi skozi življenje. Kot učenec Winnicotta Bollas na svoj način

razvija idejo o pravem selfu, ko govori o notranji osebni usodi in povdarja, da nas samo ta večji stik s samim seboj lahko privede do večjega mentalnega zdravja.

Predstavil bi še 2 klinična primera, pri katerih je še kako prisoten problem razvoja lastnega selfa. Prvi primer predstavlja predvsem nevrotično patologijo, za katero se skrivajo bolj regresivne in primitivne komponente, drugi primer pa predstavlja tipično borderline patologijo, ki je bila zelo obremenjujoča na kontratransfernem nivoju.

Prva pacientka je ženska stara okrog 30 let, ki je pri meni v terapiji 4 leta s frekvenco srečanj enkrat tedensko. Prišla je v terapijo, ko je preživljala hudo depresivno in regresivno krizo. Dneve je preživljala zaprta doma, izolirana od sveta in oddaljena od stikov z ljudmi. Poležavala je na postelji ali kavču, in svojo stisko lajšala z občasnimi bulimičnimi tolažbami. Na začetku je bila zelo odklonilna do terapije, prišla je predvsem zaradi pritiska staršev. Kmalu se je ta obrambna drža omeščala in začela je kar dobro sodelovati v terapevtskem procesu. Spoznal sem postopoma njeno situacijo in skušal razumeti njeno stisko in regresivno pozicijo. Pacientka se je znašla v brezizhodni situaciji: vpisana je bila na študij stomatologije, a že nekaj let ni položila nobenega izpita. Bila je popolnoma blokirana, ni uspela razviti nekega svojega življenjskega načrta. Stomatologijo je izbrala pod pritiskom staršev, ker naj bi ji ta poklic zagotovil neko ekonomsko varnost. Sama je fantazirala o študiju teoretične fizike in astronomije, za katero pa se ni uspela odločiti in si torej avtonomno izbrati svojo pot.

Ogromno časa sva delala na tej dilemi, kaj naj bi bilo zanj najbolj ustrezno in kaj naj bi najbolj odgovarjalo njenim željam in nagibom. Analizirala sva vse mogoče možnosti in opcije na tej poti. Počasi sem odkril, da fizika predstavlja zanj neki idealiziran objekt, ki lahko prinaša veliko prestiža in gratifikacij (namreč fiziki se lahko dokopljejo tudi do Nobelove nagrade). Stomatologija je predstavljal razvrednoten objekt, kjer lahko dobi samo ekonomsko gratifikacijo in je samo specializiran obrtnik, ki rovari po zobeh v ustih pacientov.

V ozadju tega obsesivnega dvoma, ki je popolnoma paraliziral pacientkino izbiro in odločitve, sem odkril zelo patološko družinsko dinamiko, ki je močno pogojevala krizno situacijo, v kateri se je pacientka znašla. Med pacientko in mamo je obstajala močna simbiotična vez in sicer vzajemna. Pacientko in očeta je povezovala neka depresivna, pesimistična perspektiva. Pacientka je hčerka edinka, doraščala je v zelo posebnem okolju. Mama se je kot učiteljica matematike preselila v Grčijo in je tam dolgo let poučevala na italijanski šoli za tam živečo italijansko manjšino. Poročila se je z Grkom. Vsi trije so živeli pretežno v sklopu ožje italijanske manjšine. Pacientka je hodila v šolo, kjer je mama poučevala, pri čemer je bila nekaj časa tudi njena učiteljica. Mama je izvajala neprestano kontrolo in nadzor nad njo. Kontrolirala je njene socialne interakcije, izbirala ji je prijateljice in fante, grobo je posegala v njeno osebno življenje. Istočasno je kot ideal življenja nudila zelo visoke ambicije: človek mora vedno stremeti po najboljšem, po zelo visokih intelektualnih ciljih, zelo cenjene so bile znanosti, humanistične vede pa so bile bolj razvrednotene. Vse, kar je bilo blizu povprečja, je bilo ničvredno. V tem vzdušju je pacientka pridno odigrala svojo vlogo: bila je dovolj prilagodljiva, dobra učenka, ni ustvarjala nobenih problemov doma. Ta sistem funkcioniranja se je porušil, ko sta se z mamo po njeni upokojitvi vrnila v Italijo, pri čemer je oče je še nekaj časa ostal v Grčiji.

Depresivno regresivno krizo sem si razlagal s tem, da je pacientka doživljala hud konflikt med svojo simbiotično odvisnostjo do staršev (predvsem do matere), ki se je simbolično koncentrirala v študiju stomatologije, in pa poizkus bolj samostojne izbire svoje življenske poti, ki bi jo lahko predstavljala fizika ali kake druge znanosti. Do mame je imela zelo ambivalenten odnos: pretežno ji je bila zelo podrejena, klicali sta se po telefonu tudi petkrat na dan, občasno pa je izbruhnila proti njej z močnimi napadi jeze, se skušala oddaljiti od mame, kar ji je pa povzročalo močne občutke krivde. Mati jo je čustveno izsiljevala in težila s svojimi psihosomatskimi motnjami, če je hčerka pokazala le malo samostojnosti. Kar se tiče študija ji je mati dajala protislovno sporočilo in sicer: samo tisti, ki študirajo znanstvene predmete, so pravi intelektualci, a zanjo je izbrala stomatologijo, ker ni bila dovolj inteligentna in motivirana za resen študij.

V terapiji sem podpiral razvoj lastnega selfa, skušal sem pacientko podpreti pri osamosvajanju od mame, kar je potekalo zelo počasi, ker je na tej poti pacientka kazala polno strahov in obrambnih mehanizmov. Dodatna komplikacija v tem razvoju je bila, da je pacientka svojo izbiro (n.pr študij fizike) pretirano idealizirala, medtem ko je stomatologijo pretirano omalovaževala. Doživljala je zadevo na shizoparanooidni poziciji, čisto na fantazijskem nivoju, oddaljenim od realnega sveta. Na splošno sem opažal, da pacientka ogromno fantazira, razmišlja in intelektualizira, a ko bi lahko preko določenih uvidov nekaj konkretno ukrepala, se je umaknila, se izmikala in ni uresničila ciljev, ki sva jih v terapiji nakazala ali načrtovala.

Kar se tiče študija, sem skušal integrirati in povezati z bolj realnimi predstavami fiziko in stomatologijo in dobiti kak kompromis med tema dvema opcijama. Skoraj je to že steklo in je pacientka bolj samostojno in ločena od mame začela delovati, ko se je pojavila globlja ovira v terapevtskem procesu in sicer precej hudi obsesivni simptomi z magičnim mišljenjem in zelo katastrofičnimi strahovi, ki so postali zelo močna ovira na razvojnem procesu.

Moram priznati, da doživljam to fazo terapije zelo nestrpno in nejevoljno. Če sem bil prej empatično usmerjen do pacientke in ji skušal pomagati pri razvoju in uveljavitvi njene lastne osebnosti in samostojnosti, kljub njenim strahovom in obrambam, sem postal sedaj skoraj jezen nanjo, ker mi je postavila novo oviro, in sicer obsesivno komponento, o kateri mi ni prej govorila. Morda jo neupravičeno sedaj doživljam kot osebo, ki noče rasti in se razviti v odraslo osebo, temveč se drži neke infantilne in nezrele pozicije, ker ima od tega korist. Če sem jo prej doživljal kot osebo, kateri ni bilo dano se razviti zaradi patoloških družinskih dinamik, jo sedaj doživljam kot osebo, ki se noče razviti in vstraja na svoji nezreli poziciji, na odvisnosti od staršev, in na uživanju v svojih sofistiziranih intelektualizacijah. Verjetno sem v tem doživljanju prestrog in nestrpen. Morda bom uspel še naprej bolj konstruktivno delati z njo in skušal razvozlati njene obsesivne komponente, mislim pa da je v njej precej pasivnosti in inertnosti, s katero se bom moral neprestano soočati. V tem smislu je pacientka pogosto zašla v transferno ponavljanje starih relacijskih vzorcev, ko je pasivno čakala, da bi ji jaz serviral že pripravljene rešitve za njene probleme in me je pogosto spraševala, kako naj reši določene problematike.

Pri delu s to pacientko sta se prepletala moja terapevtska vloga kot nov, reparativni objekt, ko sva skušala na konstruktiven način graditi njen self in njeno samostojnost, ter kot transferni objekt. V poznejši fazi terapije me je pacientka »uporabljala« predvsem kot transferni

objekt, ko se je pokazala njena močna odvisnost in pasivnost kot v prejšnjih odnosih. V teh situacijah so se dodatno pokazali vsi konflikti in obrambni mehanizmi na poti razvoja in zorenja. Včasih sem čutil potrebo po direktnem odgovoru na njena vprašanja in sem odkrito razkril, kako mislim o določeni stvari. Trenutno sva v tej fazi terapije. Na ta specifični pristop, ki absolutno ni predviden v klasični analizi, se bom vrnil pozneje.

Zadnji klinični primer, ki ga predstavim, je oseba s tipično borderline patologijo. Gre za 30 letno pacientko, ki je v psihoterapiji že 5 let, hodi 2 krat tedensko. Je študentka psihologije, boleha za močnimi napadi anksioznosti, ki se lahko razrastejo do paničnega napada. Zelo je nestabilna v razpoloženju, pogosto je depresivna in zelo slabo spi ponoči. Iz njene zgodbe zvem, da jo je močno prizadela očetova smrt pri njenih osmih letih, katerega ni uspela še danes odžalovati. Do adolescence ni imela večjih psiholoških problemov. V tem obdobju je zašla v zelo nenavadne izkušnje, ko je v vezi s fantom, ki je bil zasvojen z mamili, doživljala tudi ona zelo razburkano obdobje. Živela je neurejeno. Tudi ona je uživala razna mamila, odnos s fantom je pogosto regrediral na zelo primitiven nivo interakcije prežet z fizičnim nasiljem, zaradi katerih je morala posegati v teh konfliktih policija. Ko je preživela to obdobje, je nadaljevala z rednim študijem na univerzi in se je kar umirila. K meni je prišla v terapijo, ko se je počutila negotova, tesnobna in precej depresivna, potem ko je zaključila prvi del študija, ki ji je dajal neki »containment« in neko strukturo.

Kmalu po začetku terapevtskega dela je pacientka zašla v zelo regresivno dimenzijo funkcioniranja, ko je začela skoraj kompulzivno iskati čustvene in spolne odnose s fanti, kjer je iskala neko idealno simbiotično vez. Posledično je doživela nešteto frustracij in razočaranj, ki jih je v glavnem sprožila sama. Vse te partnerje je prisilila, da so ji izpovedali vse svoje prejšnje čustvene izkušnje in partnerstva, do katerih je bila patološko ljubosumna in se je počutila zavrjnena že s tem, da so imeli oni prej kakšen partnerski odnos. Po navadi je privedla vse te moške do take mere obupa, da so jo oni potem zares zapustili, ker niso več zdržali njenih zasliševanj. Vrtela se je tako v začaranem krogu: iskala je idealen simbiotičen objekt, a je naredila vse, da jo je ta razočaral in zapustil. Kot da bi na nezavednem nivoju hotela ponavljati travmo zapuščenosti in zavrjnjenosti. Ta scena zapuščenosti in zavrjnjenosti se je stalno odigravala z njeno mamo in občasno tudi kot transferna dinamika z mano. Mamo je stalno obtoževala, da ni dovolj pozorna do nje, zahtevala je, da se ji stalno podreja, da je ob njej vedno prisotna kot ob majhnem otročičku. Morala jo je nenehno tolažiti in ji biti na razpolago. Mama ni smela imeti svojega življenja, svojega prostega časa, niti biti s svojim partnerjem. Do mene je izražala tudi zelo simbiotična pričakovanja: želela si je biti moja edina pacientka. Do drugih pacientov je bila zelo ljubosumna. Če je videla v moji ordinaciji sled kakega drugega pacienta, se je že čutila ogroženo, zavrjneno in v veliki stiski.

Sumil sem, da je v ozadju, na nezavednem nivoju neka močna travma, ki posledično pogojuje sedanji odnos z objekti. Izguba očeta se mi ni zdela dovolj tehten razlog, da bi tako kompulzivno iskala simbiotičen idealiziran objekt. Postopoma sem zvedel, da je bila v starosti nekaj mesecev hospitalizirana za dalj časa, ker je bila operirana na prebavilih zaradi neke genetske anomalije. Mislil sem, da je morda ta situacija predstavljala neko zgodnjo travmo zapuščenosti, ki

se je globoko vtisnila v implicitni spomin in ki se sedaj kompulzivno pojavlja v actingih. Skušal sem ji te svoje hipoteze posredovati v upanju, da bi lahko to travmatično izkušnjo nekoliko predelala in s tem zmanjšala vpliv na njeno sedanje doživljanje.

Te situacije in te predelave so trajale dolgo časa. Pacientka je te travmatične vsebine neprestano iskala, jih povzročala in polnila najine ure s tesnobami, depresijo in zelo podrobnimi opisi svojih negativnih izkušenj. Pogosto sem se čutil nemočen, skoraj obupan, ker se je terapijski proces vrtel v začaranem krogu in ni bilo videti izhoda iz te negativne situacije. Bil sem prisiljen deliti njeno slabo počutje in bolečine, a nisem uspel premakniti njenih patoloških dinamik na noben način. Njene stiske so se tako stopnjevale, da je že začela razmišljati o samomoru, ki ga je že skoraj udejanjila, ko je v vinjenem stanju z avtom zletela s ceste, se prevrnila na streho in obstala v jarku. Za srečo ni utrpela večjih poškodb. Od takrat se je njeno iskanje travmatičnih čustvenih interakcij s fanti precej umirilo, ker sem tudi bolj direktivno posegel v ta njen mehanizem, s tem da sem ji odkrito svetoval, naj se takim situacijam za nekaj časa izogiba. Za to sem se odločil, ker ob drugih terapijskih intervencah ni bila sposobna izstopiti iz tega začaranega kroga. Takih posegov v glavnem ne delam; v tem primeru pa se mi je zdelo nujno potrebno pacientki postaviti direktno neke meje, ker je njeno obnašanje postalo nevarno in ker sama ni bila sposobna, da bi te destruktivne komponente omejila.

Po tem posegu je pacientka opustila iskanje idealiziranega objekta, se je pa povečala agresivnost do matere, ker ta ni uspela zadovoljevati hčerinih diktatorskih zahtev. Mati naj bi delovala kot podaljšek njenega selfa in bi ji morala ugoditi v vseh njenih potrebah. Pogosto je zahtevala tudi od mene, da bi podpiral njene zahteve in bil popolnoma na njeni strani. Tudi jaz bi moral delovati kot narcistični podaljšek njenega selfa. Do neke mere sem lahko empatično razumel njene stiske in bolečine, nisem pa nekritično podpiral njena narcistična stališča. Ko sem deloval kot ločen objekt, me je zelo jezno napadala in izražala razočaranje nad mano, češ da tudi jaz, ki bi kot njen terapevt moral zagovarjati njene pozicije, jo zapuščam in potiskam v osamljenost. V tem obdobju je pacientka uspela pripravljati diplomsko nalogo in to kar odgovorno in resno, tako da je tu deloval njen zdravi in odrasli del, mimo tega regresivnega in zelo preganjalnega dela. S tem njenim delom sem lahko dobro sodeloval, konstruktivno sem jo podpiral, na kar se je na mojo angažirano udeležbo odzivala hvaležno. V tem času je prišlo do nekih hujših napadov na mamo, ko jo je pacientka prav besno fizično napadla in pretepla. Izrazil sem svoje kritično stališče do njene agresivnosti, nisem mogel sprejeti dejstva, da si je skušala z agresivnostjo do mame lajšati napetost in stisko. Ko so se v krajšem času take epizode večkrat ponovile, sem začutil tako močen odpor do te agresivnosti, da sem ji odkrito povedal, da tega vedenja ne bom več toleriral. Bil sem celo pripravljen prekiniti terapijo, če bi se še kdaj tak napad na mamo ponovil. S te sem jo tudi soočil.

Ta omejitev je dosegla svoj učinek. Po tem je prenehala fizično napadati mamo. Večkrat je bila blizu tega, da bi mamo spet udarila, vendar se je uspela obvladati. Celo se je zmogla opravičiti mami in meni za agresivno gesto. Ta moj odločen nastop je deloval kot »containment« njene agresivnosti. Jaz sem deloval kot nadomestni jaz, ker njen jaz ni imel dovolj močne strukture, da bi lahko obvladal agresivne impulze.

V zadnjem obdobju se je njena regresivna komponenta (močna narcistična ranljivost, preganjalnost, občutek zapuščenosti in agresivnost) opazno umirila. Dokončala je diplomsko nalogo, ki jo je zelo uspešno napisala. Zadnje tedne na splošno pacientka deluje bolj umirjeno in na bolj zrelem nivoju. Da smo prišli do tega rezultata, sva morala preživeti in predelati vse travmatične elemente, ki jih je pacientka nosila v sebi, in ki so se sprožili kmalu po začetku terapije. Ta predelava je potekala zelo dolgo in šele po letih dela s tem regresivnim delom lahko sedaj vidimo nekaj rezultatov.

Ne bom komentiral posameznih kliničnih primerov, ki sem jih predstavil, ker upam da bi se to lahko razvilo v debati. Skušal pa bom posredovati nekaj okvirnih misli glede pristopa do lažjih in do težjih pacientov. Kot sem že na začetku omenil, mislim da moramo v obeh primerih razvijati self pacienta v psihoterapiji in ga čim bolj utrditi. Seveda bo to potekalo na različnih nivojih in z različnimi pristopi. Za nevrotične paciente bomo lahko delovali bolj nevtrarno in nekoliko bolj oddaljeno, tako da bodo lahko do nas doživljali vse mogoče transferne fantazije in transferno dinamiko. Istočasno pa bomo za njih delovali kot nov, konstruktivni objekt, s katerim bodo lahko gradili bolj ustrezne in bolj zrele objektne odnose, ki bodo dopuščali njihov razvoj in njihovo samostojnost. Zato da bi prišlo do razvoja odnosa z novim objektom ni potrebno, da bi se odkrito kazali ali izpostavljali kot nov objekt, temveč bo v interakciji prišlo do tega, da bo pacient sam prepoznal razliko med negativnim transfernim doživljanjem do terapevta in korektivno izkušnjo novega objekta, bolj pozitivnega v terapevtu samem. Tipičen tak primer je, ko je nevrotičen pacient fantaziral o tem, kako sem bil jaz verjetno zelo kritičen do njegovih stališč v prejšnji seansi, čeprav nisem črnil besede in sem se celo v sebi strinjal z njegovo pozicijo. Po mojem je pri tem šlo za transferno doživljanje kritičnega očeta, a nisem čutil potrebe, da bi mu razkril svoja pozitivna čustva do njega v svojem kontratransferju, ker sem čakal, da sam pride do tega uvida. In tako se je tudi zgodilo, da je med delom v seansi in po mojih indirektnih intervencah spoznal, da je bila to njegova projekcija povezana z očetom in da jaz nisem imel nobenega razloga, da bi bil kritično odklonilen do njega.

Drugače sem se odzval na paranoidno doživljanje psihotičnega pacienta, ko je bil njegov self popolnoma ogrožen od destruktivnih objektov, in je začel seanso z ugotovitvijo, da ga jaz gotovo sovražim in da bere na mojem obrazu izraz agresivnosti, čeprav sem ga sprejel s čisto prijaznim in dobrohotnim nasmeškom. Pri tem sem mu odkrito posredoval svoja dobrohotna čustva, čeprav sem razumevajoče sprejel njegovo preganjalno doživljanje in sem skušal približati njegov ogrožen notranji svet mojemu. V tem primeru je bilo pomembno dati večjo težo in moč novemu objektu, da je lahko vsaj delno premostil transferni, preganjalni objekt.

V glavnem bi v terapevtskem procesu morali biti pozorni na 3 komponente:

Delo na introspektivnem procesu ozaveščanja nezavednih dinamik, ki se kažejo preko transfernih dinamik s terapevtom, in ki stremijo za tem, da bi se čim bolj osvobodili preteklih patoloških odnosov.

Delo na razvijanju konstruktivnega novega odnosa s terapevtom, ki naj bi nudilo novo korektivno izkušnjo, in bi pomagalo se oddaljiti od prejšnjih negativnih odnosov.

Ta kompleksni proces bi moral služiti kot reparacija travm, konfliktov, ran in negativnih izkušenj iz preteklosti.

Prva komponenta bo bolj prisotna in se bo pretežno razvila pri lažjih patologijah in torej pri bolj strukturiranih pacientih, drugi dve pa bosta bolj prisotni pri težjih patologijah oziroma pri manj strukturiranih pacientih. Tem pacientom se bomo morali približati na njihov regresiven nivo funkcioniranja, kar bo zahtevalo od nas velik miselni in čustveni napor. Pomembno je, da smo sposobni z njimi iti v simbiotično pozicijo, ker ne prenesejo še nobene ločenosti. Pri tem je nujno paziti na primerno oddaljenost in bližino, ker so zelo občutljivi na to komponento. Če smo preveč oddaljeni se lahko počutijo zapuščene, če smo jim preblizu, nas lahko doživljajo preganjalno intruzivne. Takim pacientom bi morali po Searlesu (1965) najprej nuditi dobro terapevtsko simbiozo, ki jo zgradimo preko empatičnega odnosa, in šele potem bi lahko začeli delati na individuaciji in separaciji. Če parafraziramo Winnicotta, bi lahko rekli, da mora terapevt zdrkniti na regresivni psihotični nivo pacienta, kot se to dogaja dovolj dobri materi, ki se popolnoma prilagodi »regresivno psihotični« dimenziji dojenčka. Šele pozneje se lahko mama postopoma ločuje od dojenčka, ko tudi dojenček istočasno išče večjo ločenost od mame. V tej fazi terapije pri težkih pacientih se razvije precej agresivnosti in agresivnih projektivnih identifikacij, ki jih mora terapevt sprejeti in jih terapevtsko obravnavati, kar predstavlja spet zelo močno čustveno obremenitev za terapevta.

Ko govorimo o večji osebni angažiranosti terapevta, ko deluje kot nov objekt, mi pride na misel pojem samorazkrivanja (»selfdisclosure«), ki je v zadnjih letih precej prisoten v psihoanalitičnih krogih kot tema diskusije in kot nov terapevtski pristop, predvsem po zaslugi intersubjektivistov v ZDA. Renik (1995) in njegovi somišljeniki so sprožili to polemiko, da je odnos med pacientom in terapevtom nekaj intersubjektivnega in torej je tudi terapevt subjektivno soudeležen. Zaradi tega ne more te svoje subjektivnosti skriti pod krinko nevtralnosti in abstinence. Po Reniku je bolj pošteno, če to subjektivnost terapevti priznamo in jo na primeren način pokažemo ali celo terapevtsko ovrednotimo. Analitiki, ki pripadajo tej struji, upoštevajo možnost, da na zmeren način razkrijemo svoje doživljanje pacientu v zvezi z njegovimi problemi in da mu tako dodatno omogočimo, da lahko razvija svoje proste asociacije in svoj transfer. Če gledamo terapevtski proces iz tega zornega kota, lahko zmerno samorazkrivanje terapevta da neko boljšo referenčno točko pacientu. To ponuja možnost, da pacient boljše zgradi svoj odnos z novim objektom, ko gre za težje patologije. Ta pristop pri nevrotičnih pacientih naj bi stimuliral proste asociacije, ker bi bile te zavrite zaradi prevelike avtoritarne oddaljenosti terapevta.

Zmerno samorazkrivanje bi bilo v tem smislu ena izmed dodatnih terapevtskih možnosti, ki jih lahko terapevt uporablja v psihoterapiji s pacienti, in to bodisi z boljše strukturiranimi, še bolj pa z manj strukturiranimi pacienti, ki potrebujejo bolj odkrito funkcijo novega objekta.

Upam, da sem v tem predavanju uspel posredovati nekaj temeljnih misli, ki izvirajo iz moje izkušnje, glede terapevtskega pristopa do lažjih in do težjih patologij. Menim, da obstaja neki skupni imenovalac, ki nas vodi pri psihoterapiji boljše in slabše strukturiranih pacientov, a v tem skupnem imenovalcu moramo individuirati tudi neke razlike in torej neke specifične pristope, ki

so bolj ali manj primerni za posamezne skupine pacientov, kot sem na to skušal v svojem predavanju opozoriti.

Literatura:

Alexander F. (1948): *Fundamentals of Psychoanalysis*.

Norton, New York.

Balint M., Balint E. (1959,1968): *Thrills and Regression, The Basic Fault*.

It. Prevod: *La Regressione*

Zal. Cortina, 1983.

Bollas Ch. (1989): *Forces of Destiny. Psychoanalysis and human idiom*.

Free Association Books, London.

Freud S. (1912): *Tecnica della Psicoanalisi. Consigli al medico nel trattamento analitico*.

OSF, vol. 11

Zal. Boringhieri 1979.

Klein M. (1948): *Contributions to Psychoanalysis 1921-1945*.

The Hogarth Press, London.

Quinodoz D. (2002): *Des mots qui touchent. Une psychoanalyste apprend à parler*.

Presses Universitaires de France, Paris.

Renik O. (1995): *The ideal of the Anonymous Analyst and the problem of Self-Disclouser*.

Psychoan. Q. vol.64, 3.

Searles H.F. (1965): *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*.

Hogarth Press, London.

Strachey J. (1934): *The Nature of the therapeutic Action of Psychoanalysis*.

Int. J. Psychoanal., 15.

Winnicott D.W. (1958): *Through Paediatrics to Psychoanalysis*.

Tavistok Publications, London.

